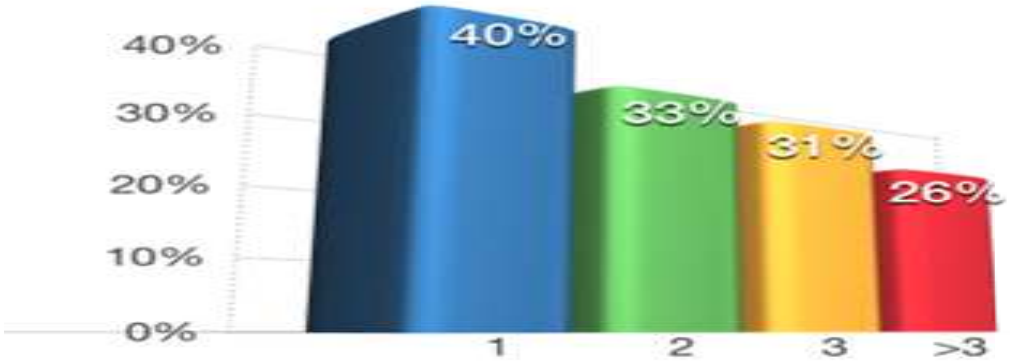
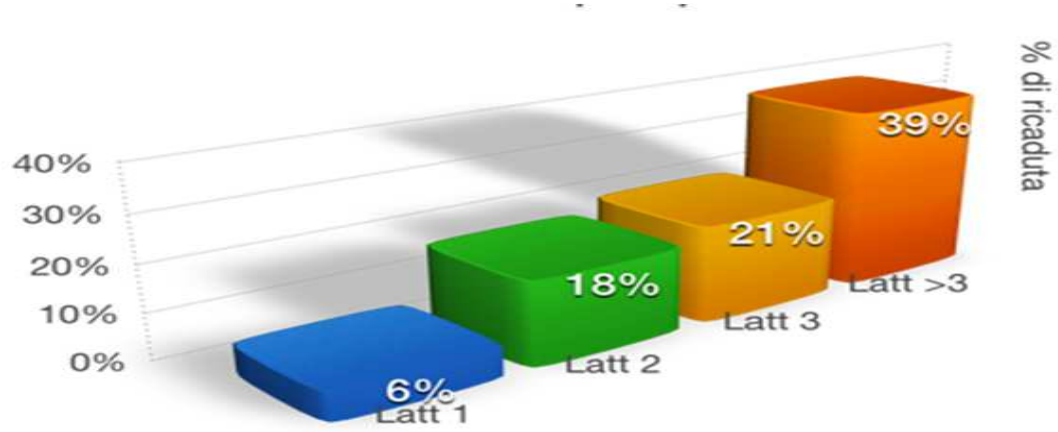
Perché le mastiti non guariscono?

Questa è una domanda che ogni buiatra si sente porre spesso dai mungitori che non vedono un miglioramento clinico al termine di una terapia antibiotica o che si trovano a curare lo stesso quarto della stessa vacca nel giro di poche settimane. La maggior parte delle mastiti sono causate da infezioni batteriche, quindi dovremmo aspettarci una buona risposta alle terapie con i farmaci antibiotici sempre più sofisticati che ci mette a disposizione il mercato. L'esperienza di campo ci dice invece che le cose non stanno in questi termini e i lavori scientifici svolti sull'argomento lo confermano. Il grafico che segue rappresenta il risultato di un lavoro di Deluyker del 1999 in cui vengono esaminati 256 episodi di mastite clinica. Gli istogrammi rappresentano le percentuali di quarti che in seguito a terapia antibiotica sono migliorati clinicamente in 5 giorni e guariti batteriologicamente alla terza settimana.



La probabilità di guarigione decresce con il numero di lattazioni della bovina. Mi sembra interessante sottolineare il risultato nel complesso deludente a giustificazione del fatto che le infezioni della mammella rimangono uno delle prime cause di uscita delle vacche dai nostri allevamenti. La situazione si fa ancora più allarmante se poi consideriamo la percentuale di ricaduta delle mastiti cliniche. La figura sottostante rappresenta in forma grafica i risultati di un lavoro della Ruegg del 2001 che calcola la probabilità di un secondo episodio clinico nei 60 giorni successivi ad un primo caso di mastite.



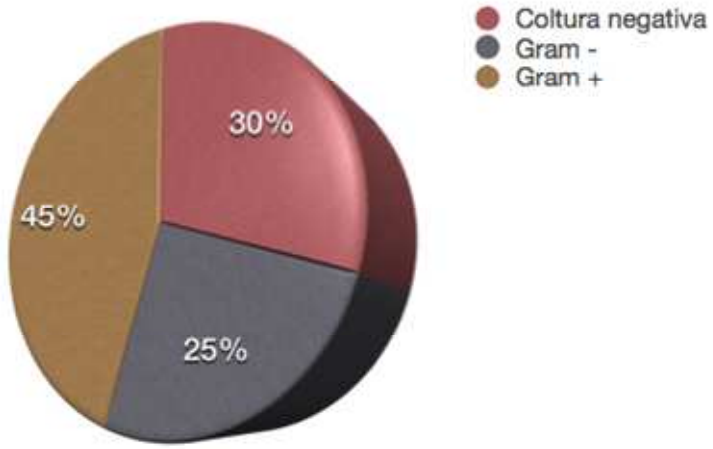
Alla luce di questi elementi c'è da chiedersi se sia davvero utile, ma soprattutto economicamente vantaggioso, curare le mastiti dal momento che una pluripara guarirà soltanto in un episodio su quattro, e avrà una ricaduta nel 40% dei casi!

Il motivo per cui il trattamento antibiotico delle mastiti ha la scarsa risposta che abbiamo visto è da ricondursi a mio avviso a due fattori:

1. Il mungitore tratta con antibiotico la mastite clinica senza avere alcuna informazione sul germe che la sostiene
2. Il mungitore tratta con antibiotico la mastite clinica in ritardo rispetto all'insorgenza dell'infezione

L'importanza di una diagnosi batteriologica

Il grafico mostra una elaborazione dei referti che VetPro ha ricevuto nell'ultimo anno dal laboratorio analisi con cui collaboriamo, AGRILAB di Centallo (CN). Si tratta di circa 600 campioni di quarto sterile raccolti dal mungitore in occasione di una mastite clinica, prima di cominciare la terapia antibiotica. La distribuzione dei tre campi rispecchia con una certa fedeltà le percentuali di isolamento ottenute in alcuni importanti lavori scientifici internazionali. La cosa ci conforta perché sta ad indicare il buon lavoro svolto dal laboratorio e ci permette in qualche modo di estendere le considerazioni a tutte le mastiti cliniche che ci troviamo a curare.



Considerazione N°1: il 30% di campioni sono negativi. Il risultato negativo non deve essere interpretato come un fallimento delle analisi di laboratorio ma piuttosto come una infezione che ha avuto una evoluzione positiva spontanea. Nel momento in cui l'operatore rileva e campiona il quarto mastitico un'esuberante risposta infiammatoria ha ridotto la presenza dei germi al di sotto dei livelli di determinazione. L'allevatore riceve con frustrazione una risposta di questo tipo perché non gli da la possibilità di indirizzare una terapia antibiotica. Dovrebbe invece dovrebbe esserne contento perché in casi come questo una terapia antibiotica, e tutti i costi diretti e indiretti che comporta, non è necessaria.

Considerazione N°2: nel 25% dei casi ci troviamo di fronte a germi Gram negativi, coliformi per lo più ma anche Serratia, Pseudomonas e Proteus. Pamela Ruegg, uno dei massimi esperti del settore, tendenzialmente sconsiglia il trattamento antibiotico in caso di mastiti sostenute da germi Gram negativi. I lavori condotti dal suo gruppo di ricerca sull'argomento non hanno evidenziato in questo tipo di mastiti differenze tra il trattamento con antibiotico associato con antinfiammatorio ed il solo uso dell'antinfiammatorio. L'unica eccezione riguarda le forme di mastite iperacuta (grado 3) in cui esiste il rischio di una setticemia a partire dalla mammella o il caso di una infezione nel primo mese di lattazione in cui lo stato di immunodepressione fisiologica rappresenta un grave fattore di rischio per l'animale.

Considerazione N°3: il restante 45% degli episodi mastitici sono sostenuti da batteri Gram positivi, soprattutto Streptococchi ambientali e Stafilococchi coagulasi negativi. Queste sono le uniche forme di infezione mammaria per cui esistono valide indicazioni per un trattamento con antibiotici e la maggior parte dei tubi endomammari presenti sul mercato contengono principi attivi di provata efficacia verso questo tipo di germi. Ma la guarigione clinica e batteriologica delle mastiti che sostengono non raggiunge le nostre aspettative ed il motivo risiede nel secondo fattore che abbiamo preso in esame, cioè nella tempestività del trattamento.

Il mungitore interviene spesso in ritardo

Il mungitore tratta il quarto nel momento in cui rileva fiocchi e coaguli del latte (mastite di grado 1), oppure quando osserva le alterazioni del latte insieme al gonfiore del quarto (mastite di grado 2), o ancora quando la vacca presenta oltre alle caratteristiche che abbiamo visto anche un risentimento generale (mastite di grado 3). Quello che osserva il mungitore è la manifestazione clinica della mastite, la risposta infiammatoria del quarto nei confronti dell'agente patogeno ma questo, nella maggior parte dei casi, non coincide con il momento dell'infezione. Per comprendere meglio ciò che intendo osserviamo la figura che segue, il grafico della conta cellulare ai controlli funzionali della vacca 266 nella sua seconda lattazione. In ascisse ci sono i giorni dal parto, in ordinate la conta cellulare. L'animale è stato fecondato per la prima volta intorno ai 60 giorni dal parto (F) e diagnosticato gravido a circa 130 giorni (G). A 220 giorni di lattazione il mungitore rileva e tratta una mastite (M). Interviene nel momento in cui presumibilmente vede l'alterazione del latte che rappresenta la manifestazione clinica della risposta infiammatoria dell'animale (cellule somatiche a 531 mila) ma è in ritardo sull'insorgenza dell'infezione. Il grafico ci dice che la vacca si è probabilmente infettata dopo il terzo controllo funzionale, momento dal quale supera la soglia di 150 mila cellule che consideriamo per definizione il valore di una vacca sana. Quindi la vacca 266 è stata trattata quando ormai aveva un infezione mammaria da oltre 4 mesi.



La conclusione è che le mastiti cliniche rispondono così poco alle terapie antibiotiche perché in più della metà dei casi questo tipo di terapia non è corretta. Nel 30% degli isolamenti non abbiamo una dimostrata presenza di batteri e nel 25% dei quarti vengono isolati batteri Gram negativi per cui non esistono indicazioni per questo tipo di terapia. Nell'altra metà dei casi abbiamo isolamenti di germi Gram positivi ma le risposte che otteniamo sono al di sotto delle aspettative perché spesso curiamo infezioni che sono cronicizzate e quindi hanno una scarsa possibilità di guarigione. Per tutto quello che è stato detto risulta evidente che questo approccio tradizionale alla mastite è insoddisfacente e dovrà essere necessariamente superato. Bisogna considerare inoltre che comporta un impiego irrazionale del farmaco e si pone per questo in aperto contrasto con le linee guida europee che parlano di un "uso corretto e responsabile dell'antibiotico".

Leggi il prossimo articolo su un nuovo approccio al problema della qualità del latte.

Michele Teobaldi.